Fecha de diligenciamiento: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso (X) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

Tipo documento identidad: ( ) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1122343551

Fecha nacimiento: 7 | 11 | 2020

Nombres: Valery Sofia **Apellidos:** Velasco Zamora

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (X) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo **Municipio de residencia:** San Miguel **Zona:** Urbana **Barrio:** 7 de Agosto **Vereda:**

Sector: **Dirección:** diagonal al taller de latonería de Fercho.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1122342503

Nombres: Leidy Johana **Apellidos:** Zamora Hernandez **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 18 | 07 | 1998

Correo electrónico: zleidy614@gmail.com **Número de celular:** 3112940859 **Número de fijo:**

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema? (X) Si ( ) No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Leidy Zamora

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

Observaciones:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fundación Alma de Vida

FICHA DE INFORMACION - VIGENCIA 2025
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - MODALIDAD INSTITUCIONAL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Valay Sofia Velasco Zamora

N° DOCUMENTO: 1.122343.551 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 1-11-2020 **EDAD:** 4 Años - 4 Meses
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (la Dorada Ptyo)

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A4 **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI X **NO**__ **DISCAPACIDAD: SI**__ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI__ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI__ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Leidy Johana Zamora Hernandez
N° CÉDULA: 1.122342.503 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (Ptyo)
NOMBRE DEL PADRE: Yeison Andrey Velasco Gaona
N° CÉDULA: 1.122341.491 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (Ptyo)
N° DE CELULAR: 3112940959
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Leidy Johana Zamora
N° CÉDULA: 1122342 503 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (Ptyo)
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ 7 de agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3116244331

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.343.551

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59304276

59304276

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VELASCO	ZAMORA

Nombre(s)

VALERY SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes NOV Día 01	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	161880679

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ZAMORA HERNANDEZ LEIDY JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.503	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VELASCO GUISAO YEYSON ANDREY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.491	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VELASCO GUISAO YEYSON ANDREY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.341.491	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes NOV Día 20	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OFIXPRES 100238573

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30519196-8

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 10 de agosto de 2022
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registradora Municipal del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.342.503**

ZAMORA HERNANDEZ

APELLIDOS

LEIDY JOHANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1998**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-AGO-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00852772-F-1122342503-20161004 **0051**594507A 1 46160738

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.341.491**

VELASCO GUISAO

APELLIDOS

YEYSON ANDREY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-FEB-1996**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAR-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

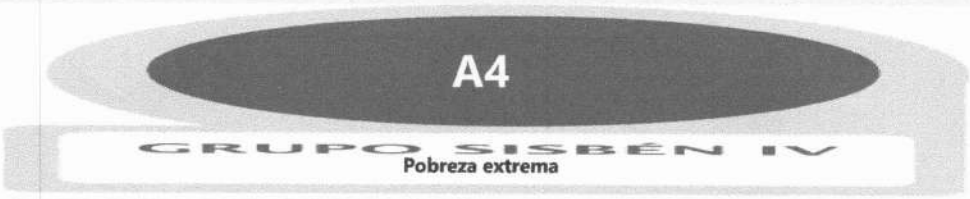
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00570187-M-1122341491-20140507 **0038**354359A 1 41679788

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta:	30/03/2025
Ficha:	86757043479800000124



DATOS PERSONALES

Nombres: **VALERY SOFIA**

Apellidos: **VELASCO ZAMORA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343551**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	16/06/2023
Última actualización ciudadano:	16/06/2023
Última actualización via registros administrativos:	

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343551
NOMBRES	VALERY SOFIA
APELLIDOS	VELASCO ZAMORA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	01/11/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 13:54:18	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**VELASCO ZAMORA VALERY SOFIA**
Identificación:	**RC: 1122343551**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**N**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2020-11-01**
Regimen:	**Subsidiado**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**Por Formulario Res. 974 de 2016**

Observación :

Dada el lunes, 31 de marzo de 2025

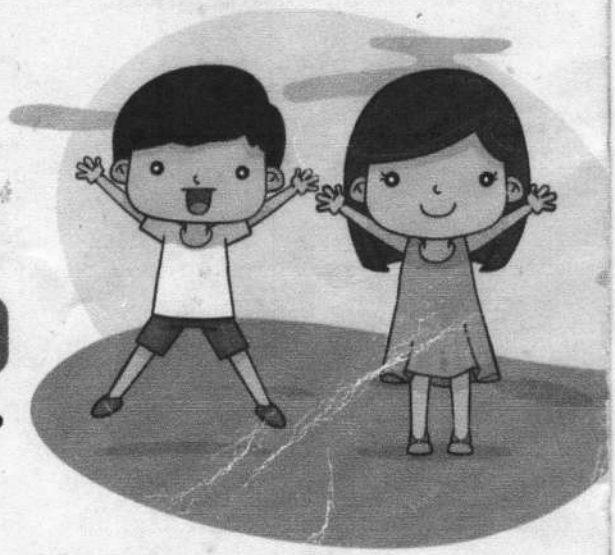
Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

CARNET DE CONTROL

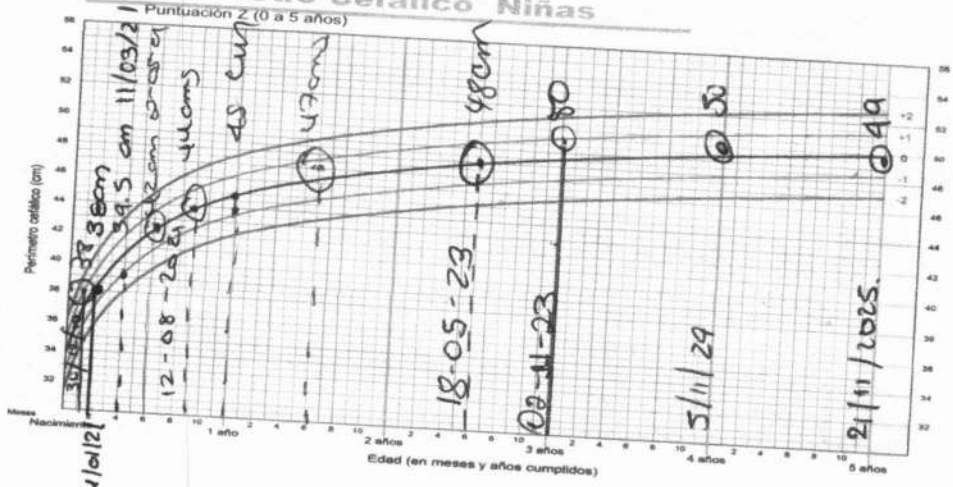
Niño y Niña SANOS



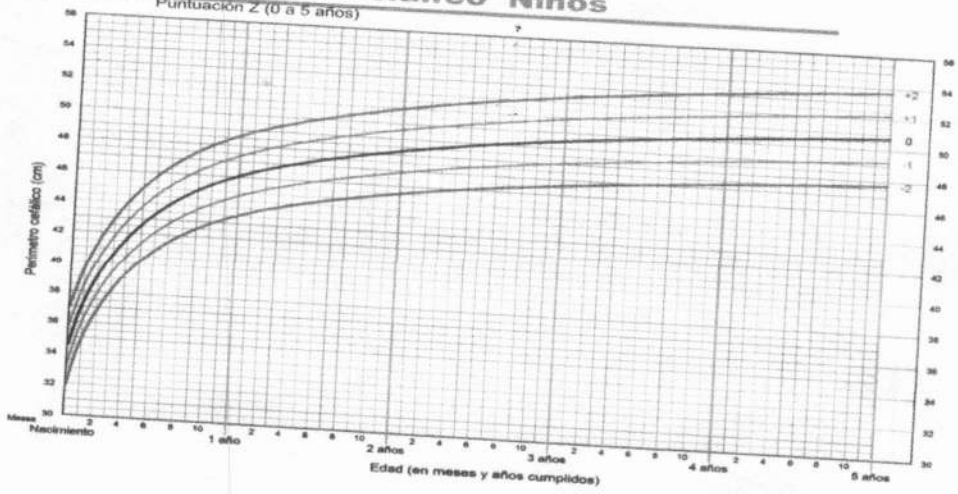
Mis Datos

Nombres: Valery Sofia	Apellidos: Velasco Zamora.
Fecha de Nacimiento: DIA 1 | MES 11 | AÑO 2020	Historia Clínica:
Barrio/Vereda: V/Nueva Esmeralda	Responsable del Niño: Leidy Zamora (madre)
Teléfono: 3116294331	EPS: Mallamas

Perímetro Cefálico Niñas

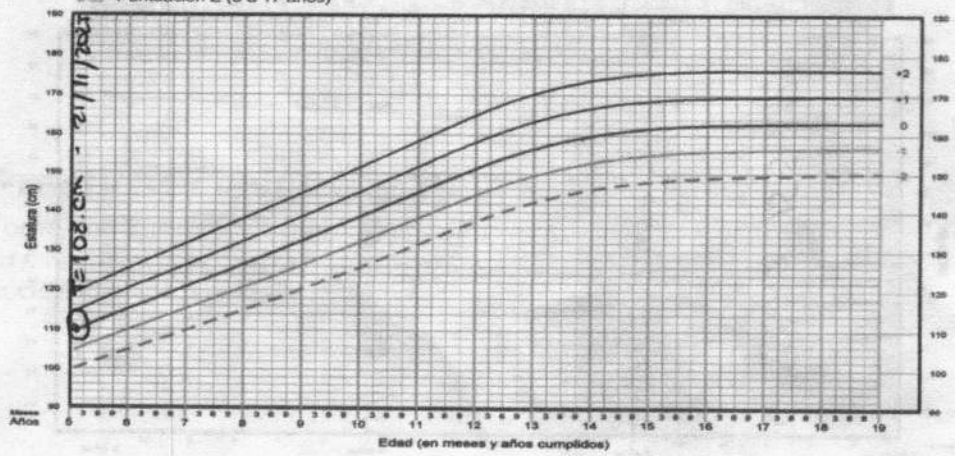


Perímetro Cefálico Niños



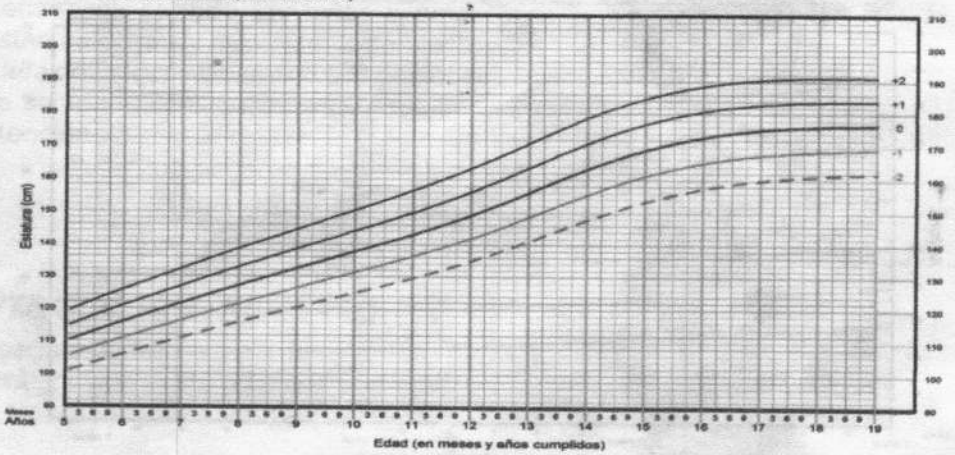
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



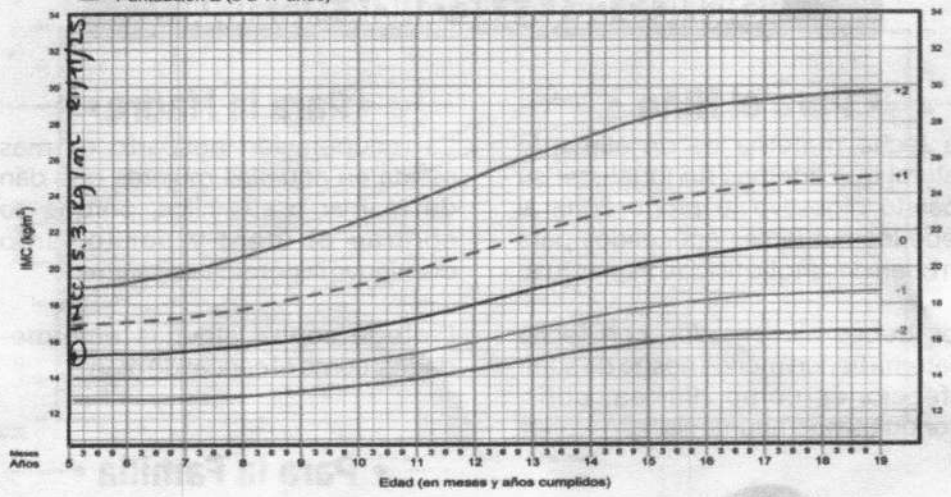
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



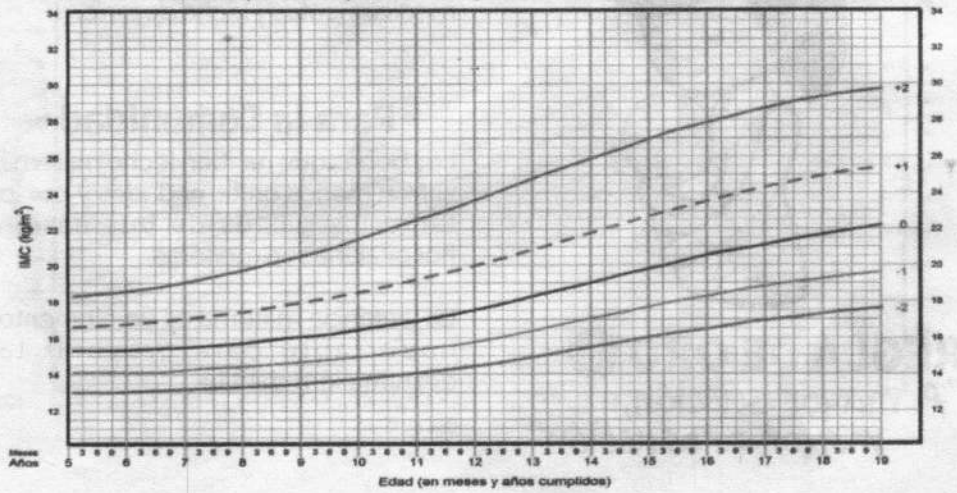
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	01	2021	x enf.	✓	
10	Marzo	2021	Medico.	✓	
02	Mayo	2021	Enf	si ✓	
03	Agosto	2021	Enfeim	si ✓	
05	Noviembre	2021	Medico	si ✓	
05	Mayo	2022	Enf	si ✓	
01	Noviembre	2022	Medico		
10	Noviembre	2022	Medico	si ✓	
10	02	23	Medico.		
01	Mayo	23.	jefe.	Si 18-05-23	
01	Nov.	23.	Medico	Si ✓	
05	Nov	24	Enf.	Si ✓	Alfil
01	Nov	2025	Med.	Si ✓	fuel
21	Nov	2026	Med		

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: VALERY SOFIA VELASCO ZAMORA

Doc. de identidad: 1122343551 EPS: NALLAMAS

Teléfono: 3116294337 Domicilio: B/ METROPOLITANO

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCION	Control del recién nacido por médico													
		Atencion en salud por medicina general											02-11-23		
		Atencion en salud por enfermeria										18-5-23			
		Atención en salud bucal por odontologia												1	
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de fluor											18-09-25	01-04-2025	
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana											18-03-25	01-10-2025	
		Aplicación de sellantes (según criterio)												09/10/2025	
	V	Vacunación													

Valentina Gutiérrez Torrijo
Odontologo
T.P. 1004358496

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 20

ABLEIDY CHAVERRA
Odontóloga
TP. 29.178.969

Agudeza visual 2020 normal 9-10-2025

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

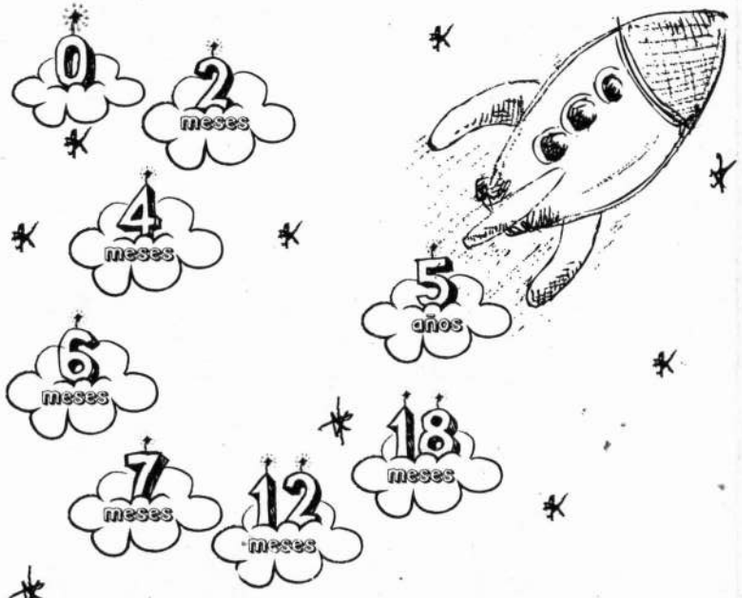
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.g
Atención al Ciudadano: 018000

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

15
e/v

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Valery Sofia Velasco Lamus
Fecha de nacimiento: 01/nov/2020
Nº de certificado de nacido vivo: ----------
Registro civil: 1122343551
Sexo: Femenina
Grupo sanguíneo: ----------
Peso al nacer: ----------
Dirección: ----------
Teléfono: 3116294331
Responsable: leidy Johana Zamora
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
CC: 1122342503

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

16

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	02/Nov/2020	Serum	03796025	HFID		Daniela Zamora
	Hepatitis B		Recién nacido	02/Nov/2020	Serum	0320Q002A	HFID		Daniela Zamora
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						Cita 02/enero/2020	
	Polio (Oral - IM)		1ª	12-01-2021	Sanofi	R3L89	HFID		Karen A.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	12-01-2021	Serum	2859403 2A	HFID		Karen A
	Rotavirus		1ª	12-01-2021	GSK	AHC428AA	HFID		Karen A
	Neumococo		1ª	12-01-2021	GSK	ASPN327 2BA	HFID	Citas	Karen A.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						12-ABRIL-2021	
	Polio (Oral - IM)		2ª	12-03-2021	Biological	2017004	HFID		Scoly Martinez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	12-03-2021	Serum	2ES04021B	HFID		Scoly Martinez
	Rotavirus		2ª	12-03-2021	GSK	AHC176AA	HFID		Scoly Martinez
	Neumococo		2ª	12-03-2021	GSK.	ASPNB288AB	HFID		Scoly Martinez
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							Cita:	
	Polio (Oral - IM)		3ª	12-05-21	Biological	2017004	HFID	12 MAYO	Scoly M
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	12-05-21	Serum	2E50402 1B	HFID	2021	Scoly M.
	Influenza		1ª	12-05-21	Serum	V3C131	HFD		Ana Lagarda
7 Meses	Influenza		2ª	17-09-21	Sanofi	V3C131	HFD		Ana Lagarda
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	3-11-2021	Serum	0130N062A	HFID	Cita:	Talya G
	Fiebre Amarilla		1ª	07-6-22	Sanofi	L211NF02A	HFID	01-NOV-2021.	Scoly M
	Neumococo		Refuerzo	3-11-2021	Serum	ASPNB3D1EA	HFID		Talya G
	Influenza		Anual	Cita 07-JULIO-2022.					
	Hepatitis A		ÚNICA	3-11-2021	Serum	TO12958	HFID		Talya G
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1º Refuerzo	07-6-22	Serum	2E20402B0	HFID	Cita.	Scoly M
	Polio (Oral - IM)		1º Refuerzo	07-6-22	Serum	1E01P018	HFID	12-SEP 2021	Scoly M
5 Años	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	17-03-23	Serum	0131N102A	HFID	cita 02-Nov 2021	Edgar Yael
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª					Faltan 18 M.	
Vacunas complementarias y otras dosis			Varicela	3-11-2021	Merck	TO26803	HFID	cita.	Talya G.
			Sarampion y Rubeola	20-1-2022	Serum	0129W237	HFID	3/12/2021	Karen A.

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

17
R/

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 02 MES 05 AÑO 2025 HORA: 10:40AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA: 1122343551

NOMBRES Valery Sofia. APELLIDOS Velazco Zamora.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343551

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 01 MES: 11 AÑO: 2020 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3133412207.

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: María Hernandez

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres María Eugenia. Apellidos Hernandez Rosero.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 41125558

Firma: María Hernandez

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822

Firma Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

FECHA	PROCEDIMIENTO				PROXIMA CITA
	CP	S	F	D	
3-11-21	X		X		3-05-2022
15-07-22	X		X		15 enero 23
15-02-23	X		X		15 Agosto-23
16-08-23	X		X		16 Febrero 24
06-03-24	X	X	X		06 Sept 2024
09/10/25	X	X	X		09/04/2026

ASLEIDY CHAVERRA
Odontóloga
TP 28[illegible]968
Liliana Plambert Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

RECOMENDACIONES

Visite a su médico semestralmente

Cepillese los dientes mínimo 5 veces al dia

Mantenga una dieta balanceada

Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

I.I.A.M.I. INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA BOQUILLA
NIT 890102063-3
TEL. 4760000 - CARRERA 13 CON CALLE 30 LA BOQUILLA - ATLÁNTICO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Caliamas
Nombres:	Valery Sofia
Apellidos:	Velasco Zamora
Sexo:	M X
Fecha de Nacimiento	01 11 20
Identificación:	RC 1122343 551
Dirección:	
N.H.C.	

Salud con Calidad

20

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCION	Control del recién nacido por médico													
		Atencion en salud por medicina general											02-11-23		
		Atencion en salud por enfermeria										18-5-23			
		Atención en salud bucal por odontologia													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de fluor											18-09-25	01-04-2025	09/01/2026
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana											18-03-25	01-10-2025	
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Valentina Gutiérrez Torrijo
Odontólogo
T.P. 1004358496

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 20

ASLEIDY CHAVERRA
Odontologa
TP. 29.178.969

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

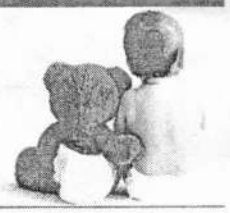
GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: VALERY SOFIA VELASCO ZAMORA

Doc. de identidad: 1722343551 EPS: NALLAMAS

Teléfono: 3116294337 Domicilio: B1 METROPOLITANO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Valery Sofia Velasco Zamora, identificado (a) con documento de identidad número 1122343551, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	-	Audios	-	Videos	-	Otros datos personales	-

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Leidy Johana Zamora Hernandez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122342 503, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	-	Audios	-	Videos	-	Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Leidy Zamora
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3116294331
Fecha: 7-04-2025
Municipio: San Miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

María Hernandez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Valery Sofia
Huella del niño/niña



EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-88563000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 26278	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037042678	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	MARIA EUGENIA HERNANDEZ ROSERO		Último pago	$ 133,320
			05-MAR-2025	
Dirección:	VDA NUEVA RISARALDA	Tuvo servicio de energía entre:	18-FEB-2025 - 18-MAR-2025 (28)	22-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S103	277	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*	Generación	+ Transmisión	+ Distribución	+ Comercialización	+ Pérdidas	+ Restricción	= CU	($/KwH)
	527.60	49.85	253.23	121.95	70.79	14.68	1,038.10	

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
ELS	8162273	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	14478	14398
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	80		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	83048		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-49828.8
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	33219.2		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	225
2025/Ene	198
2024/Dic	229
2024/Nov	272
2024/Oct	231
2024/Sep	205

Promedio: 227

2E. Información Calidad del Servicio

Tel O.R. EEBP 01 8000 942415
Transformador SED121 Grupo 27
DRUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14
Carga D 249.01 Disco %I 20
CLC 227.43
DIU 85.67 FIU 97.00
IIC 5.23 VC 3.00

Valor a compensar 22,652.95

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado		TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	83,048.00		0	0.00	83,048
SUBSIDIO	-49,828.80		0	0.00	-49,829
AJUSTE A SUBSIDIO	2,444.01		0	0.00	2,444
COMPENSACION RES CREG 015/2018	-22,652.95		0	0.00	-22,653
AJUSTE A LA DECENA	1.26		0	0.00	1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 13.009

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	13,321	0	13,321

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	0	0	6,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
13,009		13,321		6,000		0		32,330

CUFE:

9ddc7882ea4ef64e0b3145126ffbca4b9025affbe9f7655d3c585ff7463b6aa0fc20ea96b06e3975866cd89e8cf4

(415)7709998005532(8020)100020370428 7819(3900)0000032330(96)20250402

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 168254

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha 20111/2024 desde No 1 hasta No 1000000
vigencia 20111/2024

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnológico: diagnostyc S.A.S. NIT: 800225580-2 Software: fact-s

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Valery Sofia Velasco Zamora.

Fecha de nacimiento Día 1 Mes 11 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343551

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 7 Mes 4 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R Vega

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 7 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales Valery ha desarrollado diferentes habilidades sociales y motrices que le permite integrarse facilmente con los demás compañeros y pares. Además escucha activamente las ordenes y orientaciones que se le dan. Así mismo motiva a los demás a participar. Se continuará con las actividades programadas.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra e. Vega.

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ●

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales Sofia es atenta y cariñosa, ayuda a resolver problemas sencillos en el juego. además reconoce algunos colores y formas, comprende las reglas simples de los juegos, muestra mas empatía y puede expresar una gama más amplia de emociones.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad
0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

ración itativa ⇨	Relación con los demás														Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO "Construyendo región con educación"	FORMATO DE INSCRIPCIÓN	Página 1 de 1 Código: C03.03.F01 Versión: 1.0	
Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa			

Fecha: 04-11-2025 No. De inscripción: 11 Grado al que se inscribe: 0° Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.R. Agua Clara

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Velasco Zamora NOMBRES: Valery Sofia

LUGAR DE NACIMIENTO: San miguel (la Dorada) FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 01 MES 11 AÑO 2020

Genero: M ☐ F ☒ EDAD: 5 años Tipo de Documento: RC ☒ TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1122343 551 EXPEDIDA EN San Miguel - La Dorada

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☒ Mamá ☐ Papá ☐ Abuelos ☐ Número de hermanos: _____

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI ☐ NO ☐ ¿CUAL? _____

INSTITUCIÓN: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ REPITENTE? SI ☐ NO ☐

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI ☐ NO ☐

NOMBRES _____ GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Mallamas.

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTISMO ___ MÚLTIPLE ___ OTRO ___

CUAL _____ TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico)

¿PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO X ¿CUAL? _____ LENGUA MATERNA: _____

A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____

NIVEL SISBEN A4 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ___ NO X

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI ___ NO ___

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Yeyson Andrey Velasco Guaso C.C. No: 1 122 341 441 DE San miguel la dorada OCUPACIÓN Agricultor.

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Leidy Johana Zamora H. C.C. No: 1 122 342 503 DE San miguel la dorada OCUPACIÓN Ama de casa

DIRECCIÓN RESIDENCIA: San miguel BARRIO: 7 de agosto VEREDA _____ ZONA URBANA X RURAL ___

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO CELULAR PADRE: 3112940959 TELÉFONO CELULAR MADRE 3116294331 TELÉFONO TRABAJO _____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

ACUDIENTE: _____ PARENTESCO _____ C.C. No: _____ DE _____ OCUPACIÓN _____ Celular: _____

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – Una fotografía 3x4.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

José Luis Achicanoy

FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Se tendrá en cuenta los formularios que tengan la información y documentación completa

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Sofia Velasco **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-12-2025	La madre llamó a las 8H 12am manifestando que la niña no asiste por motivo que amaneció con diarrea ademas que le esta suministrando remedios caseros.	se le recomendo a la madre que la lleve al medico		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Velasco **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Maya Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
2-12-2025	La madre llamo a manifesto que la niña amaneció con tos y le esta terminando de dar unos medicamentos.	se le recomendo que le preste cuidado en casa, ademas que lo lleve al medico		Johana Zamora

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	3-12-2025 la niña asiste normalmente a la unidad.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Velasco UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: _____ FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
30-10-2025	se informa a la madre que la niña ya va a cumplir los 5 años el 1 de noviembre-2025 la cual debe sacar cita para carbel y crecimiento y vacunarla.	-la madre facilita la copia de carbel y crecimiento el 21-11-2025. pero expresa que no la vacunaron porque falta una dosis de los 5 años y que este pendiente a la llamada de la vacunadora.	[signature]	Johana Zamora

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Sofía Velasco UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 4 - 4 - 2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
3 - 10 - 25	se realizo el llamado a lista donde se evidencio que la niña no asistio a la unidad.	se realiza la llamada a la madre quien expresa que por motivo de la lluvia no asiste la niña.		Leidy Zambrano

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	6-10-2025 la niña sale de normalmente a los UNIDAS.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Sofia Velasco **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Maryori Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1- 4-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19-5-2025.	la madre envia un mensaje por medio whatsop manifestando que la niña amaneció con fiebre y gripa. por esa razón no asiste el dia de hoy.	se le recomienda a la madre que la lleve al medico. y le preste los cuidados necesarios en casa.	20- la niña asiste. a la unidad. donde se observa que la niña tiene gripa pero muy poco.		
26-5-2025.	la madre llama a las 9Hoam. manifestando que la niña amaneció con mucha tos. y fiebre.	sele recomienda a la madre llevarla al medico	27-5-2025 la niña ingresa a la unidad, Ademas la madre manifesto que si presenta mucha tos o fiebre la llamaréa para recogerla.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Sofia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
5-6-2025	la madre llamo a las 7H40 am manifestando que le de permiso a la niña porque la llevara al hospital a realizarle unos examenes de sangre, orina y popo. para descartar parasitos.	se le recomienda a la madre que en horas de la tarde se le devuelve la llamada para saber sobre el estado de salud de la niña. -		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	3-6-2025: siendo las 4pm se realiza la llamada a la madre quien expresa que los exámenes ya le realizaron y mañana la niña ya asiste además que la cita de la lectura de los exámenes le dejaron para el día 4-6-2025 a las 3H55pm. -4-6-2025 la niña asiste a la unidad sin novedad además comparte y disfruta con sus compañeros.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Sofía Zamora UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Moyra Vega

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
9-12-2025	La madre llamo a los 7am manifestando que la niña la llevo la abuela el fin de Semana y tes tivo pero que no alcanzo a traerla para que asista al CDI. por esa razón solicita permiso por el día de hoy.	se le recomendo a la madre que se apoye en su red familiar para que no falte la niña al CDI.		Johana Zamora

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	10-12-2025 - la niña asiste normalmente a la comunidad.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com